

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA À ATENÇÃO DA SAÚDE DO HIPERTENSO E DO DIABÉTICO, NA
ESF CANTA GALO, SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

CAMILA SCHEFFEL

Pelotas, 2015

Camila Scheffel

**MELHORIA À ATENÇÃO DA SAÚDE DO HIPERTENSO E DO DIABÉTICO, NA
ESF CANTA GALO, SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

Projeto de intervenção apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da
Família – Modalidade a Distância –
UFPEL/UNASUS, como requisito parcial
para a obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientadora: Liziane da Silva Matté

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

S316m Scheffel, Camila

Melhoria à Atenção da Saúde do Hipertenso e do Diabético, na Estratégia de Saúde da Família Canta Galo, São Lourenço do Sul/RS / Camila Scheffel; Liziane da Silva Matté, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

69 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da família (EaD) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Matté, Liziane da Silva, orient. II. Título

CDD362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/813

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à população residente na área de atuação da Estratégia de Saúde da Família Santa Galo, por todo carinho e confiança.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de realizar a Pós-Graduação em Saúde da Família.

A minha orientadora pelo empenho dedicado ao meu suporte, pelas suas correções e pelos incentivos.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	47
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	47
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	48
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	48
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	49
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	50
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	51
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	51
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	52
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	53
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. São Lourenço do Sul, RS, 2014.	54

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EAD – Ensino à Distância

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

JEC – Junção escamo-colunar

mmHg – milímetros de mercúrio

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PIN – Programa Infância Melhor

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	09
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa	19
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo Geral	21
2.2.2 Objetivos Específicos	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma	41
3 Relatório da Intervenção	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	45
4 Avaliação da intervenção	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão	55
4.3 Relatório da intervenção para gestores	57
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	59
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	61
6 Referências	63
Anexos	65
Anexo 1 - Ficha espelho	66
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	67
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	68

Resumo

SHEFFEL, Camila. **Melhoria à Atenção da Saúde do Hipertenso e do Diabético, na Estratégia de Saúde da Família Canta Galo, São Lourenço do Sul/RS.** 2015. 69f.il. Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, conjuntamente, são as patologias mais prevalentes na área de abrangência da Estratégia de saúde da família Canta Galo. A Hipertensão e o Diabetes são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. São causas diretas de diversas cardiopatias e fatores de risco para doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. O objetivo desse trabalho é ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na unidade de saúde Canta Galo, tendo como objetivos específicos a melhora da qualidade da atenção, a melhora da adesão ao programa, a melhora do registro das informações, o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e a promoção da saúde desses usuários. Para este fim, a metodologia empregada foi a ampliação da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na unidade de saúde, a realização de exame clínico apropriado em 100% dos usuários participantes, a busca de 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, a melhora do registro das informações, o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e a promoção da saúde desses pacientes. Entre os 507 hipertensos e os 61 diabéticos residentes na área adstrita da unidade, foram acompanhados pelo programa um total de 206 hipertensos e 56 diabéticos. Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 40,6% de hipertensos e 91,8% de diabéticos. Conclui-se que o Projeto de Intervenção proporcionou melhoria à atenção à saúde do hipertenso e do diabético através da ampliação da cobertura da atenção à saúde; melhoria dos registros e orientações aos usuários acerca de alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo, saúde bucal e periodicidade de consulta clínica e exames laboratoriais. Também proporcionou melhoria à equipe e ao serviço capacitando a equipe; retomando as reuniões semanais na unidade e melhorando os cadastros dos usuários.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do hipertenso e do diabético na Unidade de Saúde Santa Galo do município de São Lourenço do Sul/RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF Canta Galo tem sua equipe composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um dentista, uma técnica em saúde bucal, quatro agentes de saúde, uma auxiliar de limpeza e um motorista; quando completa. Além destes citados, outros profissionais realizam atividades na área de abrangência da UBS, são os integrantes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e PIN (Programa Infância Melhor) – costumam trabalhar na UBS ou em visitas domiciliares quinzenalmente, participando de grupos e, algumas vezes, atendendo individualmente.

A estrutura física em que a equipe trabalha é aparentemente adequada, possuindo um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala para vacinas e uma para procedimentos, cozinha, banheiro para funcionários e para usuários, sala de espera e sala de reuniões. Algumas alterações nesta estrutura já foram reivindicadas como, por exemplo, o aumento da cozinha e uma sala de observação. Um projeto foi elaborado e em breve ocorrerá a reforma, conforme anunciado em reunião do Conselho Local de Saúde.

1.2. Relatório da Análise Situacional

Meu município de atuação é São Lourenço do Sul, o qual conta com 43.114 habitantes. Sua rede de atenção primária é adequada, possuindo 11 postos de saúde, sendo que destes sete são Estratégia de Saúde da Família e o restante ainda permanece no modelo tradicional. A cobertura de atendimento à população é de 80% na área urbana e 100% na zona rural – onde todas unidades são ESF. Além da equipe de atenção, outros profissionais realizam atividades na área de abrangência das UBS, são os integrantes do NASF e PIN – costumam trabalhar na unidade ou em visitas domiciliares quinzenalmente, participando de grupos e dando suporte a equipe quando solicitado. Existem poucos profissionais

especialistas para atendimento no Município, por isso os pacientes são encaminhados a cidades próximas para consultar – geralmente Pelotas e Rio Grande. No momento, apenas a pediatria, ginecologia/obstetrícia, gastroenterologia e cirurgia geral possuem profissionais na cidade.

São Lourenço conta com um hospital e um pronto socorro, sendo facilmente possível encaminhar pacientes quando necessário. Exames complementares de sangue, urina, RX e eletrocardiograma são realizados no município, os demais, se autorizados pelo SUS, são feitos em outras cidades. As consultas, em média, demoram de três a quatro meses após a referência. Exames complementares demoram no mínimo dois meses, mesmo aqueles que necessitem urgência, e alguns importantes, como o ecocardiograma e a ecografia transvaginal, não estão disponíveis.

A ESF Santa Galo, na qual atuo, é uma unidade de saúde rural e, inclusive, a mais antiga da zona rural de São Lourenço do Sul. A unidade tem vínculo com as Instituições de ensino da região, porém pouco se vê desta integração no dia-a-dia da ESF.

Existem estratégias promotoras de saúde em parceria com as escolas, como realização de visitas mensais com o objetivo de orientar os estudantes sobre saúde bucal; aplicação de flúor em todos eles e palestras anuais acerca dos seguintes temas: alimentação saudável, saúde sexual/saúde reprodutiva, uso de álcool e drogas, atividade física e saúde e vacinação (são ministradas por médicos e/ou enfermeiros e é aberta a participação de pais, alunos e professores). Essas iniciativas são importantes, no entanto, insuficientes do ponto de vista da capacidade de construção de conhecimentos em saúde, prevenção/educação sobre enfermidades e vigilância de práticas de risco - projetos que inseridos na rotina do colégio trariam muitos benefícios.

Acerca da estrutura, nossa unidade é uma das poucas do município que ainda não recebeu uma reforma – apesar de já existir um projeto em vias de implementação. Porém, desde o início seu prédio foi planejado para ser uma unidade de Saúde, o que o torna, em grande parte, adequado aos usuários. Não existem escadas ou obstáculos à passagem da população. Os banheiros estão em local apropriado e possuem espaço e adequação para cadeirantes e idosos (corrimão, espaço para manobra de cadeira, vaso e pia baixos). O corredor para os consultórios é curto e de tamanho maior que 1m20cm. Não existem tapetes na UBS.

As salas possuem estrutura e limpeza adequadas, são bem iluminadas e arejadas. Todavia, alguns problemas são evidenciados. Faltam salas básicas como almoxarifado e administração, sala de observação, depósito e sala de esterilização. Outras, já existentes, são extremamente pequenas, como a sala de vacinas e a cozinha; e falta um consultório com banheiro separadamente - algumas dessas alterações já estão previstas para ocorrerem com a reforma.

Além disso, o acesso externo é um dos maiores problemas. Não existem calçadas na região, as ruas não são asfaltadas e possuem muitos buracos. São prejudicados aqueles com necessidades especiais e/ou que não possuem meios próprios para locomoção. Para minimizar esse fato, realizam-se visitas domiciliares semanais e o transporte é oferecido aos que necessitam. Através do relato da equipe, tive conhecimento de grande parte do que será alterado na reforma: novas salas, além da ampliação das existentes e da recepção são as principais melhorias.

A unidade Canta Galo conta com uma equipe de estratégia de saúde da família composta dez profissionais. Esse número de profissionais, conforme consta no Anexo I da Portaria 2488, está adequado para o atendimento em Saúde da Família da população da área, a qual é de 2860 habitantes. A carga horária dos profissionais é de 40h semanais, exceto o médico que atua no Posto 32h semanais e realiza mais 8h de pós-graduação em saúde da família, todos também em conformidade com o estabelecido pela Portaria.

O mapeamento da área de abrangência da ESF deve ser realizado, conforme estabelecido pela Secretaria de Saúde, anualmente pela enfermeira e pelos agentes comunitárias de saúde, quando são atualizados os grupos, as famílias e os indivíduos expostos a riscos, os usuários com agravos em saúde e são sinalizados os equipamentos e redes sociais. Realizam os grupos a médica, a enfermeira, as técnicas em enfermagem e as agentes de saúde. Os pacientes faltosos ou com limitações de locomoção recebem visita domiciliar dos profissionais periodicamente. São realizadas consultas médicas, entrega de medicamentos, aferição de sinais, aplicação de medicações, vacinação, nebulização, fisioterapia e consulta com assistente social.

Os atendimentos de urgência, emergência e os pequenos procedimentos são realizados na ESF Canta Galo; também, quando necessário, pacientes são encaminhados para atendimento hospitalar ou referenciados para especialistas. Todos funcionários participam destas atividades, de acordo com suas atribuições.

Apenas o odontólogo e a auxiliar de saúde bucal não realizam atividades de grupos e visitas domiciliares, o que possivelmente prejudica muitos usuários. Acredito que eles estariam adequados em suas atribuições profissionais se realizassem essas atividades. A dificuldade já foi relatada em reunião de equipe e atualmente busca-se uma solução.

A população da nossa área de abrangência é de 2860 pessoas, de acordo com a última atualização cadastral realizado no mapeamento do ano de 2013. Segundo o Ministério da Saúde, uma equipe de ESF pode atender no máximo uma população de 4000 pessoas, com média de 3000 pessoas. Na unidade, a população entre 20 e 59 anos é a mais prevalente, seguida da população com 60 anos ou mais. Também se observa que as mulheres entre 50 e 69 anos são mais numerosas do que as de outras faixas etárias. Temos 37 menores de dois anos. Não existe computado o número de menores de um ano, mas a partir da análise observacional e do relato das agentes de saúde, estima-se o número aproximado de 15 menores de um ano.

Na UBS Canta Galo não existe uma equipe e tampouco um espaço para o acolhimento propriamente dito. Os usuários são recepcionados por uma das técnicas em enfermagem, quando relatam o motivo pelo qual procuraram a unidade e então são orientados por ela sobre como se procederá o atendimento. No caso de consulta médica, eles aguardam primeiramente a triagem, realizada pela outra técnica em enfermagem, quando são aferidos os sinais, para então passarem para a espera do atendimento médico. Durante a triagem e a recepção, casos de atendimento imediato ou prioritário são identificados e relatados a enfermeira. Ela, por sua vez, acolhe e atende o paciente e, quando necessário, encaminha para atendimento médico. Fica claro, portanto, que a unidade apresenta deficiências no acolhimento a seus usuários.

O primeiro contato dos pacientes com a unidade poderia ser realizado em uma sala apropriada, com uma escuta atenta a sua demanda e então serem orientados a agendar consulta ou passar para o atendimento do dia. Para que o acolhimento ocorra adequadamente e nos moldes preconizados, a equipe deveria contar com, no mínimo, um funcionário para a recepção e mais uma sala, pois a demanda existente e o número de funcionários e estrutura da PSF, torna a mudança na escuta e orientação dos usuários algo difícil de ser implementado. Com relação ao excesso de demanda, quando ela ocorre, primeiramente os usuários são

atendidos pela enfermeira, a qual verifica a necessidade de atendimento no dia, prioritário ou imediato e relata sua impressão ao médico, que atende caso esses sejam encaminhados à consulta. Aqueles pacientes que não preenchem os critérios citados anteriormente são orientados a consultar no próximo dia.

Com respeito à puericultura, não existe prontuário especial para ela, as consultas são transcritas no prontuário clínico e a enfermeira registra, algumas vezes, em fichas avulsas. A médica, enfermeira e técnicas em enfermagem são os trabalhadores da UBS que participam dessas consultas. A partir dos dados solicitados no questionário de puericultura e dos indicadores de qualidade do Caderno de Ações Programáticas, percebe-se que a unidade possui em torno de 50% de crianças faltosas às consultas de puericultura, o que pode prejudicar a avaliação de crescimento e desenvolvimento delas e retarda possíveis intervenções para melhorar de parâmetros de crescimento, desenvolvimento psicomotor, alimentação, vacinação e saúde mental.

Na área de abrangência da unidade existem 36 crianças menores de dois anos e destas, 18 estão em dia com suas consultas. As consultas são realizadas de acordo com protocolo do Ministério da Saúde e as não faltosas recebem adequada orientação sobre alimentação, afeto/paternidade, vacinação, além de serem periodicamente avaliadas acerca de seu desenvolvimento psicomotor e crescimento. Todas as crianças da área consultaram antes dos 7 dias, fizeram texto do pezinho e do olhinho.

Acredito que uma busca mais ativa as crianças faltosas por todos profissionais da equipe e orientação da importância da puericultura, devem ser as medidas iniciais para melhorar os indicadores da ESF Santa Galo e aumentar a adesão dos usuários. Outra estratégia seria a realização de palestras educativas, talvez em todos os grupos, sobre a puericultura e sua relevância para a saúde das crianças.

A cobertura pré-natal é adequada na unidade. Todas as gestantes da área de cobertura estão cadastradas, recebem apoio multidisciplinar da equipe, são atendidas no grupo mensalmente e em situação de urgência com brevidade. Também aquelas faltosas recebem orientação da equipe para retornarem à UBS e visita domiciliar caso necessitem ou não voltem conforme solicitado – atualmente, não existem gestantes faltosas. O grupo de gestantes é realizado, como já mencionado, mensalmente, em dois turnos e participam o médico, a enfermeira e as

técnicas em enfermagem. Os retornos são comunicados ao final da consulta. O protocolo utilizado pela equipe é do Ministério da Saúde, 2011, o qual é seguido rigorosamente sendo solicitados os exames laboratoriais preconizados, realizados o exame físico e as vacinas e realizados os encaminhamentos ao pré-natal de alto risco e à emergência se necessário. As gestantes recebem orientações de planejamento familiar, aleitamento materno, saúde mental, nutricional e prevenção de acidentes.

O Programa de Prevenção ao Câncer de Colo uterino está parcialmente adequado às normas do Ministério da Saúde. O registro dos atendimentos de coleta de exame citopatológico uterino é deficitário na unidade Santa Galo. Existe um caderno onde o nome, o prontuário e o resultado do exame são anotados, porém apenas a descrição de negativo para células malignas ou alterado (e a alteração) são anotados. Não consta se a amostra foi satisfatória ou se continha JEC. Também não existe a informação de quantas mulheres estão com exames em atraso. De acordo com o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos – estimado, pois essa informação não está disponível e atualizada nos registros – a cobertura do programa de combate ao câncer de colo uterino está próxima a 90%. O esclarecimento sobre a importância do exame é feito por todos trabalhadores da unidade e atinge toda população.

A disponibilidade de material e de horários para a coleta – a qual é realizada pela enfermeira em três turnos por semana - é adequada, o que facilita a realização do pré-câncer. A médica, enfermeira e técnicas em enfermagem são os trabalhadores que participam dessas consultas. Os trabalhadores também seguem protocolo do Ministério da Saúde para coleta, armazenamento e envio do material, interpretação dos laudos e encaminhamento à consulta médica ou especializada se necessário. Já foi discutida em reunião a importância da busca as pacientes faltosas ao programa, devido a isso, as agentes de saúde estão mapeando as mulheres entre 25 e 64 anos, o ano do último pré-câncer e o resultado deste. Isso fará com que saibamos quais mulheres estão em atraso e quais estão acompanhadas adequadamente.

O Programa de Controle ao Câncer de mama está inadequado na unidade. O registro das pacientes que realizaram controle do câncer de mama, seus resultados e seguimentos são feitos apenas no prontuário clínico pelo médico. Não há prontuário específico. Isso impossibilita o acompanhamento daquelas com exame

em dia ou em atraso. Também dificulta o acompanhamento daquelas com exame alterado, tendo a paciente que seguir as recomendações passadas em consulta. Não se tem a informação de quantas mulheres tem entre 50 e 69 na área de abrangência da UBS e nem quantas estão com controles do câncer de mama em dia ou em atraso. Como este programa não possui ampla divulgação na unidade e tampouco registros é provável que sua cobertura não seja satisfatória.

Acredito que mudanças devem ser efetuadas para a adequabilidade do programa. Deve-se, através de mapeamento da área de abrangência, verificar quantas e quais mulheres estão entre 50 e 69 anos para incluí-las no Programa. Após, deve-se verificar quais estão com exames em dia e quais estão com avaliação em atraso. Às últimas é necessário orientar e agendar consulta para que a situação fique adequada. Também é necessário iniciar o registro dos acompanhamentos de combate ao câncer de mama em uma ficha espelho específica do programa, além do clínico que já é realizado. Assim é possível manter os dados atualizados e conferi-los periodicamente.

Com relação à Hipertensão Arterial Sistêmica, na unidade Santa Galo constam 142 pacientes hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados nos registros de 2013. Esse número se refere aos pacientes que participam ativamente dos grupos de saúde, os demais não estão cadastrados e não são acompanhados. Os hipertensos são atendidos em consulta clínica por livre demanda e em grupos de saúde mensalmente. A médica, enfermeira e técnicas em enfermagem são os trabalhadores que participam dessas consultas. Os registros ocorrem no prontuário clínico, na carteirinha hiperdia que permanece com o paciente e na pasta específica existente no computador da unidade. As informações registradas são nome, idade, medicações em uso e pressão arterial. A frequência nos grupos, a periodicidade dos exames laboratoriais e as orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física, não ficam registrados.

De acordo com esses dados, o acompanhamento que hipertensos recebem não é o preconizado para sua condição de saúde. Deveriam ter sua frequência de consultas clínicas e exames laboratoriais acompanhados, deveriam também ter risco cardiovascular calculado periodicamente. Acredito que as principais mudanças devem ser em relação às consultas clínicas e ao registro dos dados desses pacientes. Outra alteração importante deve ser em relação ao cálculo do risco cardiovascular, que não é feito em nenhum usuário e consta como imprescindível de

acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Nos cadastros da ESF, constam 80 pacientes diabéticos com 20 anos ou mais – esse número se refere aos pacientes que participam ativamente dos grupos de saúde, os demais não estão cadastrados e não são acompanhados. Os diabéticos são atendidos em consulta clínica por livre demanda e também em grupos de saúde mensalmente. A médica, enfermeira e técnicas em enfermagem são os trabalhadores da UBS que participam dessas consultas.

Os registros ocorrem no prontuário clínico, na carteirinha pessoal e na pasta específica existente no computador da unidade. As informações registradas são nome, idade, medicações em uso e glicemia. A frequência nos grupos, a periodicidade dos exames laboratoriais, as orientações sobre alimentação saudável, as orientações sobre prática de atividade física e o exame das extremidades não ficam registrados. De acordo com esses dados, o acompanhamento que recebem não é o preconizado pelo Ministério da Saúde para sua condição de saúde. Creio que o registro dos pacientes e o encaminhamento/acompanhamento em consulta clínica devem ser modificados. Também o cálculo do risco cardiovascular deve ser aplicado pela equipe a todos os pacientes.

Na ESF Canta Galo não existe grupo de saúde do idoso e tampouco fichas e registros específicos para essa população. Existe o levantamento populacional, feito pelas agentes de saúde conjuntamente com a enfermeira, na área de abrangência em 2013, categorizando-os em idosos, idosos frágeis e acamados. O número dessa população é de 428 usuários acima de 60 anos. Eles recebem ações de atenção para prevenção de doenças, agravos de enfermidades e avaliação de risco de morbimortalidade e fragilidade, através de visitas domiciliares das ACS, enfermeira e médica. Porém, não recebem caderneta do idoso e sua avaliação multidimensional não possui periodicidade ou registro específico. É necessário a melhoria da qualidade da atenção prestada aos idosos na unidade Canta Galo. A primeira medida a ser tomada é a realização de grupos multidisciplinares para os idosos, de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, o que já está sendo discutido nas reuniões de equipe e do Conselho de Saúde. A previsão de início de atendimento é junho/2014.

Após o estudo do material indicado, a aplicação dos questionários e a reflexão com base nos dados encontrados, pude perceber que muitos são os desafios a serem enfrentados tendo como meta a melhoria e adequação da atenção

primária realizada na unidade. Alguns aspectos já estão em vias de transformação, como por exemplo, a estrutura física da UBS, o aumento do número de medicações disponíveis e o atendimento em grupos de saúde dos idosos da região. Outros foram debatidos em reunião após a problemática trazida por mim, são exemplos o acolhimento, o Programa de combate ao Câncer de Mama e a melhoria do atendimento à hipertensos e diabéticos.

A situação mais complicada atualmente é com relação a saúde bucal. Através da tentativa de coleta de dados para o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, pude perceber que a odontologia na unidade Santa Galo encontra-se com política e ações totalmente separadas do restante da unidade. Não existe registro adequado dos dados, não são realizados grupos e não há participação nos demais grupos e atividades da UBS. Este provavelmente será o maior desafio da equipe, pois as mudanças são maiores e mais profundas.

1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao chegar à ESF Santa Galo, deparei-me com uma unidade aparentemente completa, organizada e com uma equipe receptiva e atenciosa com a população. Escrevi em meu primeiro relato que considerava a estrutura, equipe e demais parâmetros adequados. Na medida em que estudava os materiais e aplicava os questionários, fui percebendo as inadequações que existiam e que estão explicitadas acima. Apesar de constatar com desagrado que nem tudo está perfeito na unidade, penso que essa noção é importante para que as melhorias sejam buscadas e efetivamente realizadas.

2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistólica e o Diabetes Mellitus, conjuntamente, são as patologias mais prevalentes na área de abrangência da ESF Canta Galo. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.(9,8) Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.(5,6) Ela é causa direta de cardiopatia hipertensiva e é fator de risco para doenças isquêmicas cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.(2) Essa multiplicidade de consequências caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.(2)

O DM É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.(3) Com relação a prevalência, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 - os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente.(1) As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde.(3) Conjuntamente, o DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS).(4,7)

A ESF Canta Galo tem sua equipe composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar em saúde bucal, quatro agentes de saúde, uma auxiliar de limpeza e um motorista; quando completa. Acerca da estrutura, nossa unidade é uma das poucas do município que

ainda não recebeu uma reforma – apesar de já existir um projeto em vias de implementação. Não existem escadas ou obstáculos à passagem da população. Os banheiros estão em local apropriado e possuem espaço e adequação para cadeirantes e idosos – essas são características importantes, já que a maior parte dos pacientes hipertensos e diabéticos é idosa.

O acesso externo é um dos maiores problemas. Não existem calçadas na região, as ruas não são asfaltadas e possuem muitos buracos. São prejudicados aqueles com necessidades especiais e/ou que não possuem meios próprios para locomoção. Para minimizar esse fato, realizam-se visitas domiciliares semanais e o transporte é oferecido aos que necessitam. A população da nossa área de abrangência é de 2860 pessoas, de acordo com a última atualização cadastral realizado no mapeamento do ano de 2013. A população entre 20 e 59 anos é a mais prevalente, seguida da população com 60 anos ou mais. Também se observa que as mulheres entre 50 e 69 anos são mais numerosas do que as de outras faixas etárias.

Na unidade Canta Galo constam cadastrados 142 pacientes hipertensos e 80 pacientes diabéticos com 20 anos ou mais. De acordo com o último levantamento realizado pelas agentes comunitárias de saúde, muitos usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus não estão cadastrados no programa da UBS por não participarem ativamente dos grupos de saúde e, assim, não estão recebendo nenhum tipo de acompanhamento. Além disso, sabe-se que as áreas dos quilombos contam com possivelmente muitos pacientes com essas patologias e, no entanto, são usuários que pouco procuram a ESF. Considerando a alta prevalência dessas doenças na população negra, acredito que um grupo específico para hipertensos e diabéticos quilombolas deveria existir na unidade. O acompanhamento que recebem, portanto, não é o preconizado para sua condição de saúde. Deveriam ter sua frequência de consultas e exames laboratoriais acompanhados, deveriam também ter risco cardiovascular calculado periodicamente.

Atualmente, os hipertensos e diabéticos são atendidos em consulta clínica por livre demanda e em grupos mensalmente. A médica, enfermeira e técnicas em enfermagem são os trabalhadores da UBS que participam dessas consultas. Os registros ocorrem no prontuário clínico, na carteirinha hiperdia que permanece com o paciente e na pasta específica existente no computador do Posto de Saúde.

As ações programáticas em Hipertensão e Diabetes ocorrem com baixa

cobertura. Há o envolvimento de toda a equipe da ESF nessas ações. Essas patologias são as mais prevalentes na área de abrangência da unidade. Porém, questões importantes devem ser modificadas para adequação delas ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Pretendo, inicialmente, modificar o registro dos grupos, acrescentando a frequência de consultas e exames laboratoriais dos pacientes e, também, instituir o cálculo do risco cardiovascular para todos eles.

Outra questão importante a ser abordada é com relação aos dois quilombos que são atendidos na unidade. Não existe um grupo específico de Hipertensão e Diabetes para esses usuários. Sabe-se que a população negra desenvolve mais hipertensão do que os caucasianos e, além disso, possuem maior morbimortalidade por doença cardiovascular. O controle tem de ser mais frequente, porque o risco de desenvolver hipertensão é maior e é fundamental fazer o diagnóstico precoce. Creio ser de suma importância à realização de grupos focados para a população dos quilombos, com maior atenção e tratamento adequado.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 – Objetivo geral

Ampliar e melhorar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na unidade de saúde ESF Santa Galo, no município de São Lourenço do Sul, RS.

2.2.2 – Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 - Metas

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou

diabéticos

1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro as informações

1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na

unidade de saúde.

2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 - Metodologia

2.3.1 – Detalhamento de ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de

Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Dispor de versão impressa e atualizada do protocolo na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Dispor de versão impressa e atualizada do protocolo na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas por telefone.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar as técnicas de enfermagem e coordenadores dos grupos para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Meta 2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas por telefone.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar as técnicas de enfermagem e coordenadores dos grupos para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos/diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Meta 5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos /ou diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Solicitar ao gestor que informe aos pacientes e equipe quanto a existência de medicações contra tabagismo; as mesmas já estão disponíveis na unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas nas consultas e grupos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Ajudar a enfermeira responsável e o colega médico nas orientações e ações no

grupo de tabagismo.

Meta 7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.

2.3.2 – Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame complementares periódicos em dia.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 4. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame complementares periódicos em dia.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 1. Proporção dos hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2. Proporção dos diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: número de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: número de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3. Logística

Para realizar o Programa de Intervenção em Hipertensão e Diabetes, utilizaremos o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes de 2011 e a ficha espelho dessas patologias disponíveis no município.

Atualmente, as informações registradas são nome, idade, medicações em uso, pressão arterial e hemoglicoteste. A frequência nos grupos, a periodicidade dos exames laboratoriais e as orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física, não estão registrados. Portanto, o acompanhamento que recebem não é o preconizado para sua condição de saúde e para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, complementaremos a ficha espelho atual. A nova ficha será impressa, com auxílio da Secretaria de Saúde, e a disponibilizaremos para todos pacientes.

Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico, iniciaremos o acréscimo de informações nas fichas espelhos dos pacientes durante a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos durante a intervenção. Além disso, averiguaremos a data da última consulta médica, a data dos exames clínicos e calcularemos o risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados.

1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na unidade de saúde: 90%.

A revisão dos prontuários e verificação de todos hipertensos e diabéticos

que se encontram cadastrados no programa e, a partir disso, a realização do cadastro daqueles que ainda não constam no programa será efetuado pelas agentes de saúde e pela enfermeira. O cadastro será realizado através de ficha espelho que constará na unidade, pela enfermeira e pela médica. Após essa primeira etapa, que ocorrerá na primeira semana da intervenção, serão realizadas visitas aos dois quilombos que pertencem a área de abrangência da unidade. As visitas ocorrerão logo após o término do cadastro dos diabéticos e hipertensos já diagnosticados e em acompanhamento na unidade e será realizada pela médica, enfermeira e técnicas em enfermagem.

2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

Para garantir que 100% dos hipertensos e dos diabéticos realizarão os exames complementares e estarão em dia com eles - após a revisão dos prontuários e fichas espelhos dos usuários - serão encaminhados para consulta clínica médica aqueles em atraso. Esse encaminhamento ocorrerá nos grupos.

Será priorizada pelo médico a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos será feita pelo médico ou enfermeira, também nos grupos.

As atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos, na solicitação de exames, na prescrição de medicamentos e na avaliação odontológica serão definidos de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, o qual estará sempre impresso e disponível para todos trabalhadores.

Para organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos, primeiramente realizaremos, na unidade e conjuntamente com a Secretaria de Saúde, reunião elucidativa acerca do programa. Essas reuniões serão periódicas e a primeira deverá ocorrer no mês de julho, conjuntamente com o início da revisão dos cadastros e prontuários.

Para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, quanto a necessidade de avaliação clínica adequada, quanto a importância e aos seus direitos de uso de

medicações que constam na farmácia popular e quanto à avaliação odontológica serão realizadas palestras educativas nos grupos de hipertensos e diabéticos, após a atualização dos cadastros.

3. Buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo através da averiguação periódica semanal das fichas espelhos dos hipertensos e diabéticos na unidade, pela enfermeira. Os faltosos receberão visita domiciliar das agentes comunitárias de saúde e orientações acerca da importância de manter suas consultas em dia. A busca ativa será por parte de todos trabalhadores da UBS, pois reuniões periódicas com a equipe e com amplo auxílio dos agentes comunitários serão realizadas semanalmente na unidade para organizar as visitas de busca aos faltosos e para organizar a marcação em agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

4. Melhorar o registro das informações.

Para monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, serão avaliados, semanalmente pela enfermeira, os registros nas fichas espelhos de hipertensos na unidade e, além disso, realizaremos reuniões semanais na unidade para orientação e treinamento da equipe acerca dos registros corretos e demais pontos importantes dos protocolos de diabetes e hipertensão. As fichas espelhos adequadas, que contenham todas as informações necessárias sobre os pacientes hipertensos e diabéticos, permanecerão uma cópia na unidade e uma cópia com o usuário. Estas fichas também serão revisadas e atualizadas pelos trabalhadores da UBS, com a supervisão do médico e da enfermeira. As fichas serão impressas na Secretaria de Saúde no município, conforme ficou acordado com o Secretário de Saúde em reunião prévia.

5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Atualmente, na ESF Canta Galo, não é realizado o cálculo do risco cardiovascular nos pacientes hipertensos e diabéticos. Primeiramente ocorrerá a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo – na unidade, essa capacitação está

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

De acordo com o projeto, realizei a revisão dos prontuários e dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde a fim de cadastrar todos hipertensos e diabéticos no programa de hipertensão e diabetes da ESF Santa Galo. A partir da revisão, realizei o cadastro de todos aqueles que não constavam no programa.

Após essa primeira etapa, organizamos a ida ao quilombo que pertence a área de abrangência da UBS, com o objetivo de conscientizá-los da importância do rastreio dessas patologias e para realização de hemoglicoteste e aferição da pressão arterial. Essa visita não pode ser realizada nas primeiras semanas, devido a compromissos da equipe e dos próprios usuários, porém, após um período de organização, ela ocorreu e foi muito efetiva. A visita foi realizada na sétima semana de intervenção e contou com a participação da minha supervisora do Provac. Considerei excelente esse momento de educação em saúde. Os usuários participaram ativamente, fizeram perguntas e agradeceram nossa exposição. Também foi uma boa oportunidade de conhecermos melhor o quilombo, que hoje conta com 18 famílias e aproximadamente 60 pessoas. A líder local, Márcia Quevedo, auxiliou convidando os quilombolas para participar e disponibilizando o local, o que foi de grande ajuda para nós.

Nestas doze semanas de intervenção, realizamos atendimento em oito grupos de hipertensos e diabéticos, no quilombo e em dois grupos realizados só com faltosos. A comunidade foi informada sobre a intervenção, grupos e consultas através das agentes comunitárias e da líder quilombola, como anteriormente mencionado. Nos demais grupos, realizei a intervenção nos locais onde já ocorriam grupos de hipertensos e diabéticos, os quais são igrejas, escolas e associações de moradores. Orientei os pacientes quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, quanto à necessidade de avaliação clínica adequada, quanto à importância e aos seus direitos de uso de medicações que constam na farmácia popular, quanto à avaliação odontológica, além de realizar pequena palestra informativa acerca de alimentação saudável, de atividade física e de cessação de tabagismo. As palestras são produtivas, os usuários permaneceram

atentos e manifestaram satisfação por receberem essa atenção. Apenas encontrei dificuldade para fazê-los manifestarem-se após as explicações. Acredito que isso é devido à característica pessoal dos povos pomeranos (grupo colono alemão), os quais são calados e interagem pouco.

Foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo através da averiguação periódica das fichas espelhos e dos prontuários dos hipertensos e diabéticos na unidade. Muitos faltosos receberam visita domiciliar e orientações acerca da importância de manterem suas consultas em dia. Porém, as agentes comunitárias não puderam entrar em contato com todos os pacientes e muitos daqueles que receberam orientação para ir à unidade, não compareceram. Trinta e sete usuários foram previamente agendados pelas ACS após busca ativa por estarem com exame clínico ou exames laboratoriais em atraso. Nas consultas os orientei quanto à alimentação saudável, exercícios físicos, riscos do tabagismo; cuidados odontológicos; calculei o risco cardiovascular; realizei exame completo e solicitei exames laboratoriais para aqueles que necessitavam.

As capacitações dos trabalhadores da UBS, de acordo com os protocolos, foram realizadas na unidade conjuntamente com a Secretaria de Saúde, além disso, permanecemos realizando reuniões semanais onde também são elucidadas questões acerca do programa. A Secretaria Municipal de Saúde apoiou a Intervenção realizando capacitação da equipe, monitorando o cumprimento do cronograma e auxiliando com a impressão de fichas espelho e cadastrais.

O sistema de registro - que viabiliza situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco e a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença – foi elaborado anteriormente a intervenção e está plenamente incorporado à rotina da unidade. As fichas-espelho estão adequadas e contém todas as informações necessárias sobre os pacientes hipertensos e diabéticos, permanecendo uma cópia na unidade e uma cópia com o usuário.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Todas ações previstas no cronograma para serem desenvolvidas nestas

doze semanas foram desenvolvidas, apesar de ocorrerem alguns atrasos devido à falta de funcionários ou indisponibilidade dos próprios usuários. Verificou-se que o número de hipertensos e diabéticos na área era cinco vezes maior do que o anteriormente cadastrado, por isso, a meta não foi alcançada. Na primeira semana de intervenção, ao realizar a revisão dos prontuários e dos dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde, percebi que aproximadamente 80% dos hipertensos não participava do Programa da unidade e, então, iniciei então, os cadastros.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Acerca da coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, encontrei dificuldades devido à quantidade de dados coletados e também ao grande número de usuários novos que tive de cadastrar. Preenchi de forma inadequada muitas vezes e por isso necessitei refazer algumas tarefas. O mesmo ocorreu quanto aos gráficos dos indicadores. Que não estava sendo possível visualizar e tive que solicitar auxílio ao suporte.

3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Percebo que as ações do projeto estão gradualmente sendo incorporadas à rotina do serviço. A aferição de peso e altura e o cálculo do risco cardiovascular, que antes não eram realizados, hoje estão sendo feitos para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos. O trabalho permanecerá dentro da unidade e a meta de 90 a 100% pode ainda ser alcançada dentro dos próximos meses.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

A intervenção tratou da melhoria à atenção à saúde do hipertenso e do diabético na ESF Canta Galo. Na área adstrita à UBS existem 507 hipertensos e 56 diabéticos. Entre esses usuários foram acompanhados na unidade pelo programa um total de 206 hipertensos (67 no mês 1, 135 no mês 2 e 206 no mês 3) e 56 diabéticos (13 no mês 1, 26 no mês 2 e 56 no mês 3). Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 40,6% de hipertensos e 91,8% de diabéticos.

Essa ação foi de extrema importância para os usuários da ESF. Antes da intervenção, não existiam cadastro e fichas-espelho na unidade desses pacientes, apenas uma relação feita pelas agentes comunitárias e o cadastro daqueles que participavam ativamente dos grupos prévios de hipertensão e diabetes mellitus (aproximadamente 20% do total de hipertensos)

Meta: Cadastrar 90% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A meta prevista não foi alcançada, isso ocorreu devido ao número de hipertensos e/ou diabéticos na área ser muito maior do que o anteriormente cadastrado. Verificou-se que o número de hipertensos e diabéticos na área era cinco vezes maior do que o anteriormente cadastrado. Na primeira semana de intervenção, ao realizar a revisão dos prontuários e dos dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde, percebi que aproximadamente 80% dos hipertensos e diabéticos não participava do Programa de hipertensão e diabetes da unidade. Iniciei, então, o cadastramento e, após duas semanas, a intervenção.

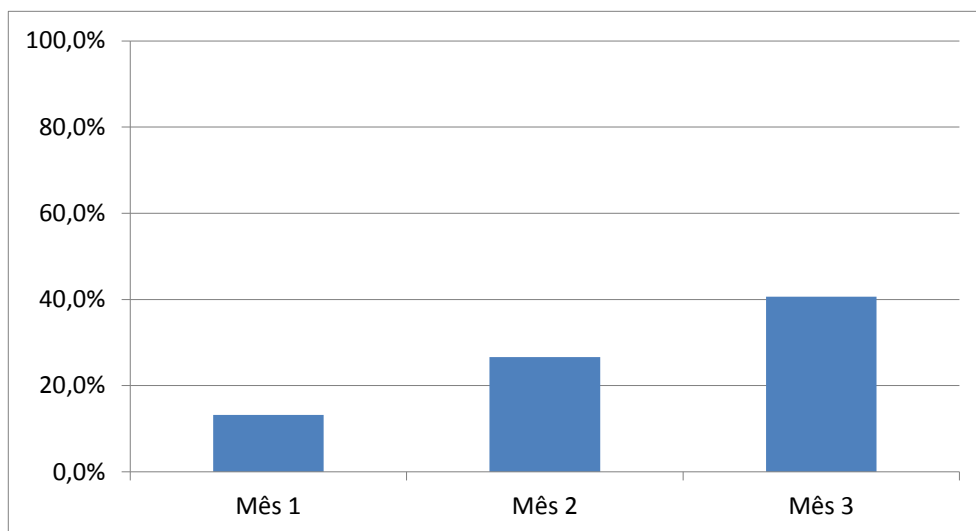


Figura 1. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

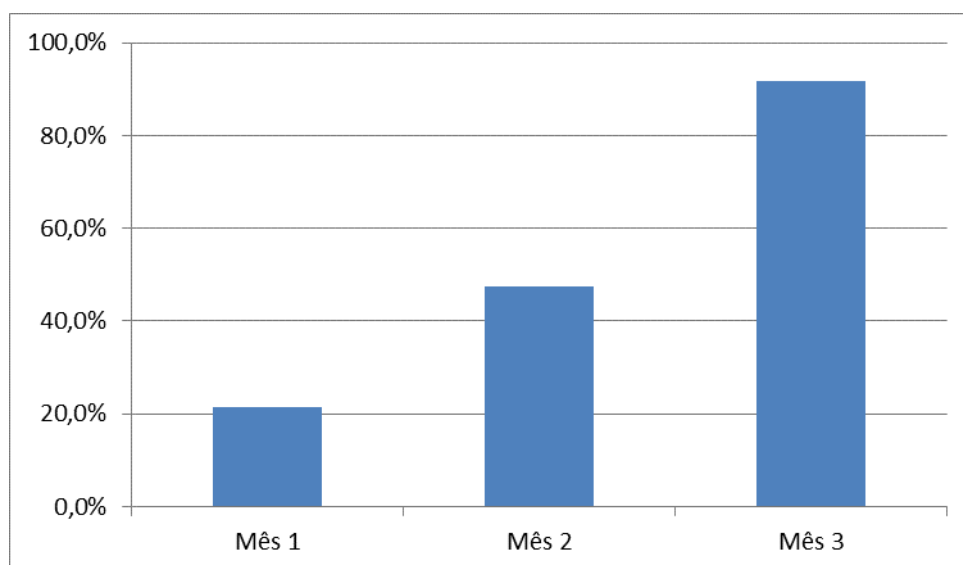


Figura 2. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

A intervenção garantiu a 81,6% (168 usuários) dos hipertensos e 92,9% (52 pacientes) dos diabéticos a realização de exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês, 95,5% (64 de 67 usuários) dos hipertensos e 92,3% (12 de 13 usuários) dos diabéticos acompanhados estavam em dia, no segundo 91,9% dos hipertensos (124 de 135) e 96,2% dos diabéticos (25 de 26) e no terceiro mês 81,6% (168 de 206) dos hipertensos e 92,9% (52 de 56) dos diabéticos.

Grande parte da intervenção foi realizada através de grupos de educação em saúde em associações de moradores, escolas e igrejas, onde não seria possível

realizar exame clínico em cada um dos pacientes. Então, os prontuários dos pacientes eram revisados e aqueles com exame clínico em atraso eram agendados para consulta médica. Porém, alguns deles não compareceram às consultas e por isso a meta não foi alcançada.

Considero bons os indicadores alcançados, principalmente por observar um grande aumento do número total de usuários acompanhados, o que tende reduzir a porcentagem daqueles com exame clínico em dia.

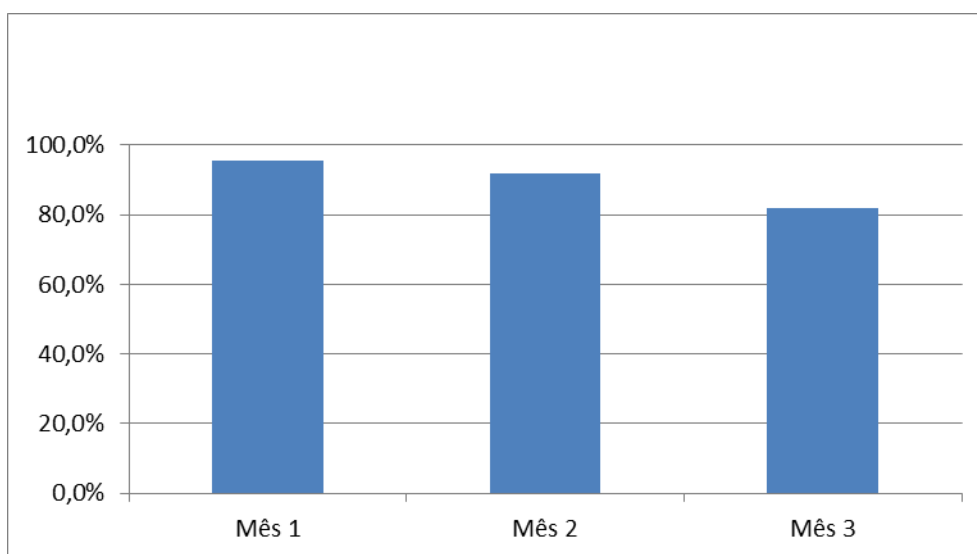


Figura 3. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

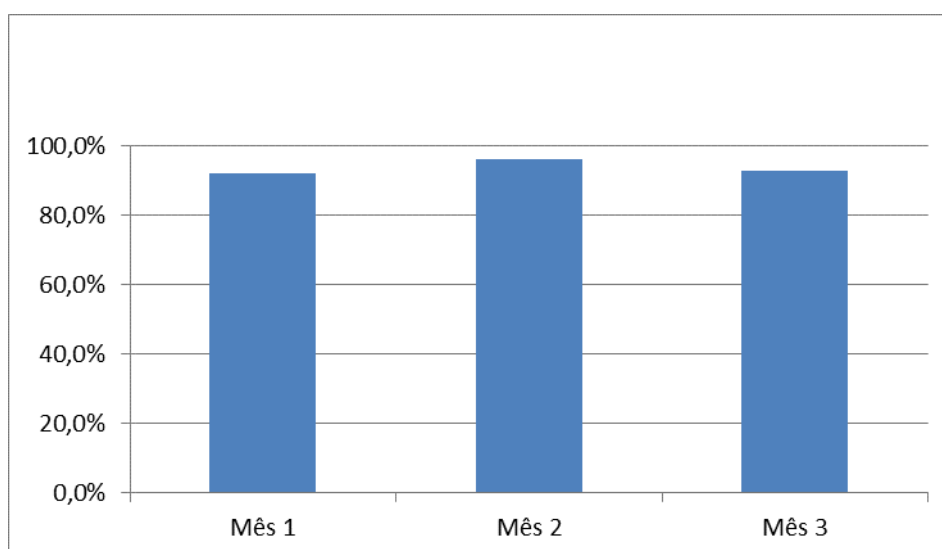


Figura 4. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A intervenção garantiu a 82% (169 de 206 usuários) dos hipertensos e 92,9% (52 de 56 usuários) dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês, 95,5% (64 de 67) dos hipertensos e 92,3% (12 de 13) dos diabéticos acompanhados estavam em dia, no segundo 91,9% (124 de 135) dos hipertensos e 96,2% (25 de 26) dos diabéticos e no terceiro mês 82% dos hipertensos e 92,9% dos diabéticos.

A meta não foi alcançada, pois grande parte da intervenção foi realizada através de palestras educacionais nos grupos de hipertensos/diabéticos e também no quilombo Torrão. Aqueles pacientes com exames complementares em atraso eram agendados para consulta médica, porém, alguns deles não compareceram e permaneceram com esse indicador negativo.

Considero bons os indicadores alcançados, principalmente por observar um grande aumento do número total de usuários acompanhados, o que tende reduzir a porcentagem daqueles com exames complementares em dia.

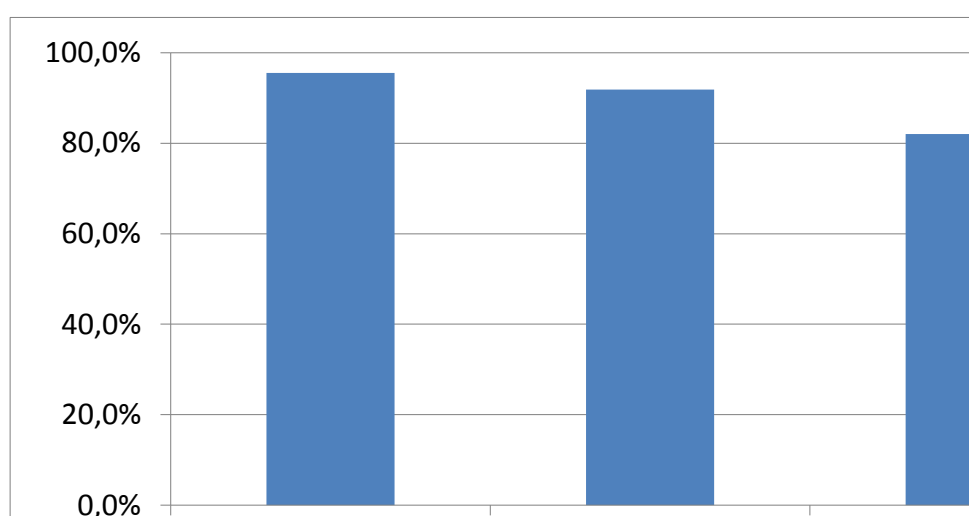


Figura5. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

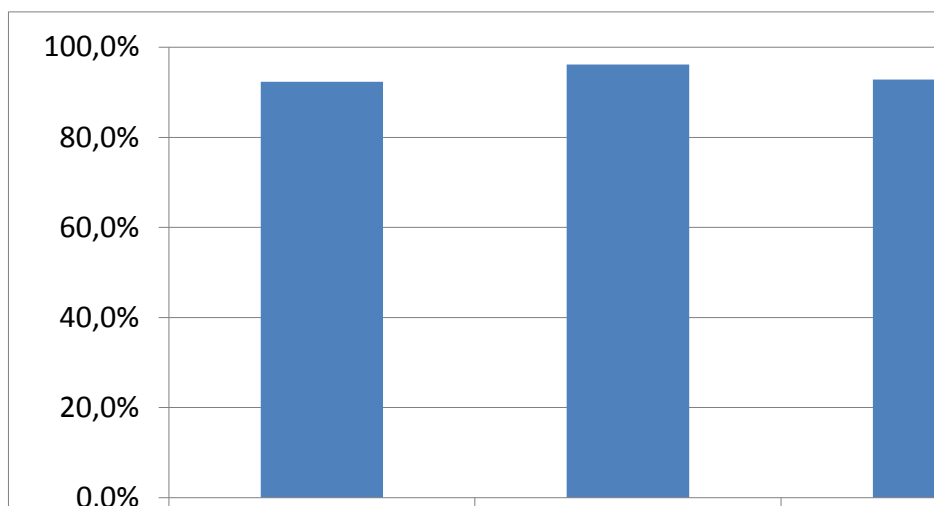


Figura 6. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A intervenção garantiu a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Nos três meses de intervenção, 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos acompanhados estavam com medicamentos adequados prescritos.

A meta foi alcançada, pois grande parte dos usuários já estava em uso desses medicamentos e aqueles que não estavam, tiveram suas receitas modificadas para similares que constam na rede do SUS.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

A intervenção garantiu a 99,5% (205 de 206 usuários) dos hipertensos e 98,2% (55 de 56 usuários) dos diabéticos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês, 100% (67) dos hipertensos e 100% (13) dos diabéticos acompanhados estavam em dia, no segundo 99,3% (134 de 135) dos hipertensos e 96,2% (25 de 26) dos diabéticos e no terceiro mês 99,5% dos hipertensos e 98,2% dos diabéticos.

A meta não foi alcançada, pois durante poucos dias da intervenção estivemos sem dentista na unidade. Assim que a nova dentista iniciou, os pacientes

com avaliação atrasada foram atendidos, ficando apenas dois sem a avaliação odontológica na intervenção.

Considero bons os indicadores alcançados, apesar da ausência de profissional habilitado durante parte dos trabalhos.

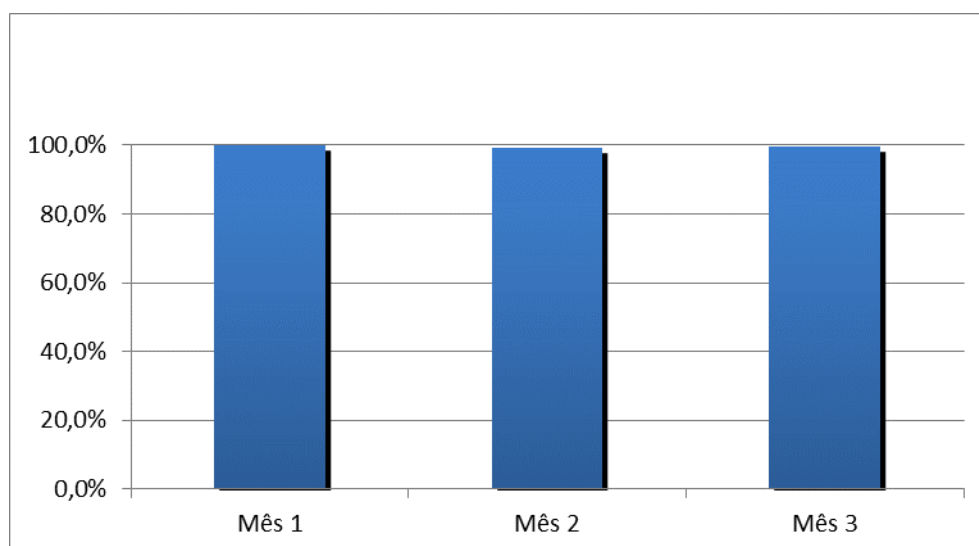


Figura 7. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

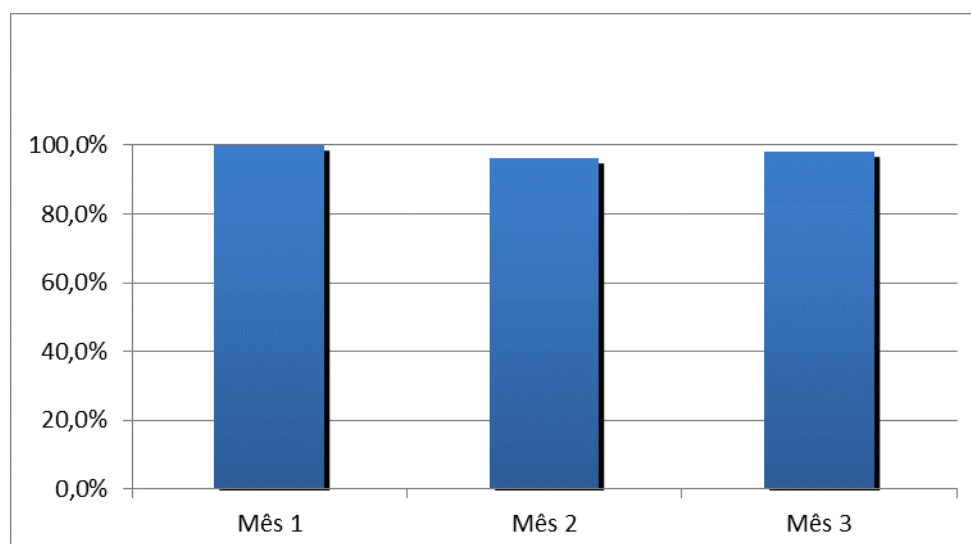


Figura 8. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

Meta: Buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A intervenção garantiu a 100% (37 usuários) dos hipertensos e 100% (4 usuários) dos diabéticos o monitoramento do cumprimento da periodicidade das

consultas previstas no protocolo, através da averiguação dos prontuários e da avaliação periódica das fichas espelhos dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Nos três meses de intervenção, 100% (3, 10 e 37 respectivamente) dos hipertensos e 100% (1,1 e 4 respectivamente) dos diabéticos faltosos receberam visita domiciliar e orientações acerca da importância de manter suas consultas em dia.

A meta foi alcançada devido a busca ativa realizada por parte de todos trabalhadores da UBS e, principalmente, pelo amplo auxílio dos agentes comunitários.

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A intervenção garantiu a 99% (204 de 206 usuários) dos hipertensos e 98,2% (55 de 56 usuários) dos diabéticos o registro adequado das informações em ficha-espelho. No primeiro mês, 100% (67) dos hipertensos e 100% (13) dos diabéticos acompanhados estavam com registros adequados, no segundo 99,3% (134 de 135) dos hipertensos e 100% (26) dos diabéticos e no terceiro mês 99% dos hipertensos e 98,2% dos diabéticos.

A meta não foi alcançada, pois algumas fichas-espelho não obtiveram o preenchimento de todos os dados. Elas foram reservadas para correção e preenchimento em um segundo momento, pois será necessário revisar novamente os prontuários ou buscar o usuário em questão para nova coleta.

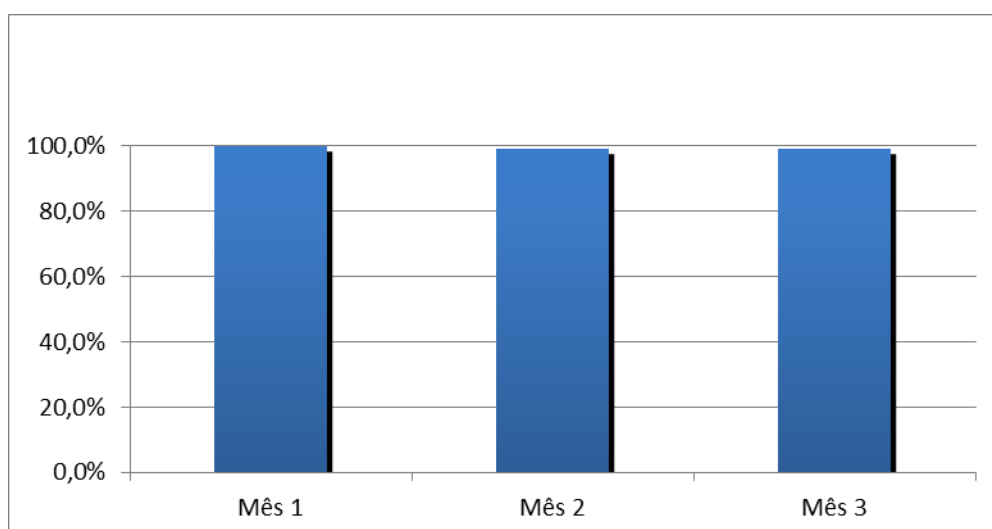


Figura 9. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de

acompanhamento. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

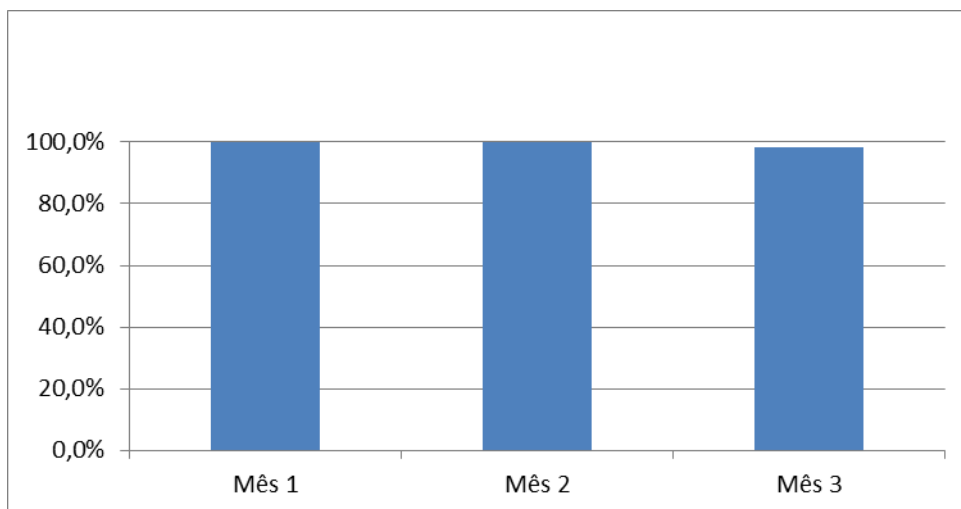


Figura 10. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A intervenção garantiu a 100% (206) dos hipertensos e 100% (56) dos diabéticos a avaliação do risco cardiovascular. Nos três meses de intervenção, 100% (67,135 e 206 respectivamente) dos hipertensos e 100% (13,26 e 56 respectivamente) dos diabéticos acompanhados estavam com a avaliação em dia.

A meta foi alcançada, pois foi monitorado o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano através dos registros dos cálculos de riscos cardiovascular nas fichas espelhos de hipertensos na unidade.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

A intervenção garantiu a 100% (206) dos hipertensos e 100% (56) dos diabéticos a orientação nutricional sobre alimentação saudável. Nos três meses de intervenção, 100% (67,135 e 206 respectivamente) dos hipertensos e 100% (13,26 e 56 respectivamente) dos diabéticos acompanhados estavam com a avaliação em dia.

A meta foi alcançada, pois foram realizadas palestras educativas acerca de

alimentação saudável em todos os grupos e nos atendimentos clínicos.

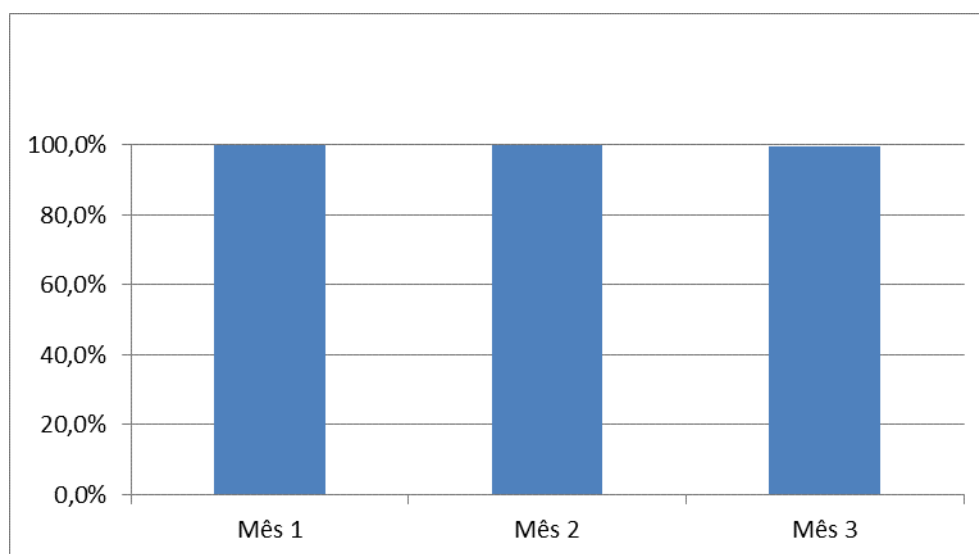


Figura11. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. São Lourenço do Sul, RS, 2014.

Meta: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

A intervenção garantiu a 100% (206) dos hipertensos e 100% (56) dos diabéticos a orientação sobre prática de atividade física. Nos três meses de intervenção, 100% (67,135 e 206 respectivamente) dos hipertensos e 100% (13,26 e 56 respectivamente) dos diabéticos acompanhados estavam com a avaliação em dia.

A meta foi alcançada, pois foram realizadas palestras educativas acerca de prática regular de atividade física em todos os grupos e nos atendimentos clínicos.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

A intervenção garantiu a 100% (206) dos hipertensos e 100% (56) dos diabéticos a orientação sobre higiene bucal. Nos três meses de intervenção, 100% (67,135 e 206 respectivamente) dos hipertensos e 100% (13,26 e 56 respectivamente) dos diabéticos acompanhados estavam com a avaliação em dia.

A meta foi alcançada, pois foram realizadas palestras educativas acerca de higiene bucal em todos os grupos e nos atendimentos clínicos.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

A intervenção garantiu a 100% (206) dos hipertensos e 100% (56) dos diabéticos a orientação sobre os riscos do tabagismo. Nos três meses de intervenção, 100% (67,135 e 206 respectivamente) dos hipertensos e 100% (13,26 e 56 respectivamente) dos diabéticos acompanhados estavam com a avaliação em dia.

A meta foi alcançada, pois foram realizadas palestras educativas acerca dos riscos do tabagismo em todos os grupos e nos atendimentos clínicos.

4.2. Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a melhoria à atenção à saúde do hipertenso e do diabético, com a ampliação da cobertura da atenção à saúde desses pacientes, melhoria dos registros, orientações acerca de alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo, saúde bucal e periodicidade de consulta clínica e exames laboratoriais. Na área adstrita à UBS existem 507 hipertensos e 61 diabéticos. Entre esses usuários foram acompanhados na unidade pelo programa um total de 206 hipertensos e 56 diabéticos. Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 40,6% de hipertensos e 91,8% de diabéticos. A melhoria dos cadastros e a qualificação da atenção, com destaque para o cálculo do risco cardiovascular antes não realizado, foram melhorias importantes.

Foi exigido que a equipe se capacitasse de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para elucidação das atribuições de cada membro no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, na solicitação de exames, na prescrição de medicamentos, na avaliação odontológica e nas orientações sobre alimentação/atividade física/cessação de tabagismo e etilismo. Realizamos, na unidade, reunião semanal onde esclarecemos, entre outros, questões acerca da intervenção. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda equipe. A mim coube palestrar nos grupos, no quilombo e orientar em consulta individual, além de realizar exame clínico, solicitar exames complementares e calcular o risco

cardiovascular dos pacientes. Às técnicas trabalharam com a aferição da pressão arterial, hemoglicoteste, peso, altura e auxiliaram na busca ativa dos faltosos. As agentes comunitárias de saúde trabalharam no cadastro e na busca ativa dos faltosos. A enfermeira ajudou no cadastro dos pacientes e na revisão do banco de dados e das fichas-espelho. A dentista e a auxiliar de saúde bucal trabalharam com as orientações e consultas odontológicas.

No início da intervenção, viu-se que o número de hipertensos e/ou diabéticos na área era muito maior do que o anteriormente cadastrado. Mais da metade dos hipertensos/diabéticos não participavam do programa da UBS e apenas aqueles que participavam ativamente dos grupos estavam cadastrados efetivamente. Essa nova contagem e a nova incorporação de usuários aos dados da ESF foram de grande importância para o serviço. Além disso, intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e, também, reincorporou a rotina da unidade as reuniões semanais.

Os hipertensos e diabéticos mostram satisfação com a atenção diferenciada que lhes é dada em consulta e também com as palestras educacionais nos grupos e no quilombo. Eles participaram ativamente, fizeram perguntas e agradeceram nossa exposição. Além disso, foi uma boa oportunidade de conhecer e integrar o quilombo Torrão, que hoje conta com 18 famílias. A busca ativa aos faltosos, realizada por toda equipe, é de suma importância para o alcance da cobertura de atendimento ideal e é benéfica para a conscientização dos pacientes. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e alguns diabéticos sem atendimento.

A intervenção teria sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido em reunião de equipe as atividades que estava desenvolvendo na pós-graduação. Atualmente, ao fim do projeto, vejo que a equipe está mais ambientada com os protocolos, porém, ainda boa parte das atribuições está sob a minha responsabilidade.

Percebo que as ações do projeto estão gradualmente sendo incorporadas à rotina do serviço. A aferição de peso e altura e o cálculo do risco cardiovascular, que antes não eram realizados, hoje estão sendo feitos para todos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O trabalho permanece inalterado dentro da unidade, apenas as palestras educacionais não estão sendo realizadas atualmente, pois todos os grupos já foram orientados.

Como próximo passo para melhorar a atenção à saúde no serviço estou organizando, conjuntamente com a equipe, novos grupos de faltosos, para melhorar ainda mais a cobertura do programa.

4.3. Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Com o projeto de melhoria à atenção à saúde do hipertenso e do diabético na ESF Santa Galo realizei a revisão dos prontuários e dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde a fim de verificar se todos hipertensos e diabéticos encontravam-se cadastrados no programa de hipertensão e diabetes da UBS. A partir disso, realizei o cadastro daqueles que ainda não constavam no programa.

Após essa primeira etapa, organizamos a ida ao quilombo que pertence a área de abrangência da unidade, com o objetivo de conscientizá-los da importância do rastreamento dessas patologias e para realização de hemoglicoteste e aferição da pressão arterial. A visita foi realizada na sétima semana da intervenção do projeto e contou com a participação da minha supervisora do Provab. Considerei de grande valia esse momento de educação em saúde, inclusive como estratégia de combate ao racismo institucional.

Nestas doze semanas de trabalho ativo, realizamos atendimento em oito grupos de hipertensos e diabéticos. Neles, orientei os pacientes quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, quanto a necessidade de avaliação clínica adequada, quanto a importância e aos seus direitos de uso de medicações que constam na farmácia popular, quanto à avaliação odontológica, além de informar acerca de alimentação saudável, de atividade física e riscos do tabagismo. As palestras foram produtivas, os usuários permaneceram atentos e manifestaram satisfação por receberem essa atenção.

Foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo através da averiguação periódica das fichas espelhos e dos prontuários dos hipertensos e diabéticos na unidade. Muitos faltosos receberam visita domiciliar e orientações acerca da importância de manterem suas consultas em dia. Trinta e sete usuários foram previamente agendados pelas ACS após busca ativa por estarem com exame clínico ou exames laboratoriais em atraso. Nas consultas os

orientei quanto a alimentação saudável, exercícios físicos, riscos do tabagismo; cuidados odontológicos; calculei o risco cardiovascular; realizei exame completo e solicitei exames laboratoriais para aqueles que necessitavam.

Na área adstrita à UBS existem 507 hipertensos e 61 diabéticos. Entre esses usuários foram acompanhados na unidade pelo programa um total de 206 hipertensos (67 no mês 1, 135 no mês 2 e 206 no mês 3) e 56 diabéticos (13 no mês 1, 69 no mês 2 e 56 no mês 3). Alcançamos ao final dos trabalhos uma cobertura na área adstrita de 40,6% de hipertensos e 91,8% de diabéticos.

As capacitações dos trabalhadores da UBS, de acordo com os protocolos, foram realizadas na unidade e graças ao auxílio da Secretaria de Saúde, que forneceu protocolo atualizado para a equipe.

O sistema de registro - que viabiliza situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco e a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença – foi elaborado durante este trabalho e está plenamente incorporado a rotina da unidade. As fichas-espelho estão adequadas e contém todas as informações necessárias sobre os pacientes hipertensos e diabéticos, permanecendo uma cópia na unidade e uma cópia com o usuário.

Percebo que as ações do projeto estão incorporadas à rotina do serviço e trouxeram benefícios para a população. O trabalho propiciou a melhoria à atenção à saúde do hipertenso e do diabético, com a ampliação da cobertura da atenção à saúde desses pacientes, melhoria dos registros, orientações acerca de alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo, saúde bucal e periodicidade de consulta clínica e exames laboratoriais.

4.4. Relatório da Intervenção para a Comunidade

Quando comecei esse trabalho, realizei a revisão dos prontuários e dos dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde para cadastrar todo mundo que é hipertenso e diabético no programa da UBS.

Na unidade, todos funcionários receberam treinamento para atender melhor as pessoas que tem essas doenças e isso foi muito produtivo! Todo mundo aprendeu!

Depois dessa primeira etapa, fomos ao quilombo Torrão, que são vizinhos de vocês, com o objetivo de conscientizá-los da importância da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste (açúcar no sangue). Essa visita foi muito boa e foi um momento de educação em saúde. Os quilombolas participaram, fizeram perguntas e agradeceram nossa palestra. Também foi uma boa oportunidade de conhecermos melhor o quilombo, que hoje conta com 18 famílias.

Nessas doze semanas de trabalho, também realizamos palestras nos oito grupos de hipertensos e diabéticos. As pessoas foram orientadas quanto à necessidade de realização de exames e atendimento médico, quanto a importância e aos seus direitos de uso de remédios que constam na farmácia popular, quanto à avaliação com o dentista, além de informações sobre alimentação saudável, atividade física e os perigos de fumar e beber bebida de álcool. As palestras nestes grupos também foram muito boas, as pessoas estavam atentas e faziam perguntas.

Os hipertensos e diabéticos atendidos tiveram monitorados dados como última consulta médica, últimos exames, remédios em uso entre outros através da averiguação periódica das fichas espelhos (carteirinha do hipertenso/diabético) e dos prontuários na unidade. Muitos faltosos receberam visita domiciliar e orientações acerca da importância de manterem suas consultas em dia. Porém, as agentes comunitárias não puderam entrar em contato com todos os pacientes e muitos daqueles que receberam orientação para ir à unidade, não compareceram. Nas consultas, orientei quanto a alimentação saudável, exercícios físicos, riscos do tabagismo e alcoolismo; cuidados com os dentes; calculei o risco de ter problema no coração; realizei exame completo e solicitei exames laboratoriais para aqueles que necessitavam.

Novas carteirinhas de hipertenso/diabético foram elaboradas e entregues para os pacientes. As fichas-espelho estão adequadas e contém todas as

informações necessárias, permanecendo uma cópia na unidade e uma cópia com o usuário.

Nós, funcionários da ESF Santa Galo, agora entendemos melhor como são essas doenças e como os pacientes devem ser monitorados. Incorporamos novas formas de atendê-los aqui na unidade e nos reunimos toda semana para discutir essas mudanças e outras que possam ser necessárias.

Os hipertensos e diabéticos mostraram satisfação com a atenção diferenciada que lhes foi dada em consulta e também com as palestras educacionais nos grupos e no quilombo. Muitos passaram a entender melhor sua doença e os cuidados que devem ter. Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos pacientes sem atendimento em dia, por isso, o trabalho deve continuar.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O trabalho de melhoria à atenção à saúde do hipertenso e do diabético na ESF Santa Galo conseguiu acompanhar 206 hipertensos e 56 diabéticos, alcançando uma cobertura na área adstrita de 40,6% de hipertensos e 91,8% de diabéticos. Esperava-se inicialmente uma cobertura final próxima a 100%, porém a partir dos novos cadastros, viu-se que o número de pacientes os quais pertenciam aos critérios para inserção no trabalho era muito maior do que o esperado. Assim, tornou-se mais dispendioso o cadastro, a busca e o atendimento dos usuários. Da mesma maneira, ao planejar a intervenção, desconsideraram-se imprevistos como a falta de trabalhadores por algum período de tempo, o cancelamento de grupos de saúde e a ausência temporária de local para atendimento. Dessa forma, considero bons os indicadores alcançados, principalmente por observar grande aumento do número total de usuários cadastrados e acompanhados. Além disso, observo que as ações do projeto estão gradualmente sendo incorporadas à rotina do serviço. A aferição de peso e altura e o cálculo do risco cardiovascular, que antes não eram realizados, hoje estão sendo feitos para todos usuários hipertensos e/ou diabéticos. O trabalho permanecerá dentro da unidade e a meta ainda poderá ser alcançada.

Ao iniciar o curso, esperava alcançar um grau maior de conhecimento na área da atenção primária, tanto teórico quanto prático, e aprimorar meus estudos sobre o SUS e suas diretrizes. Ao longo desse ano de 2014, através da realização da pós-graduação em saúde da família, pude compreender adequadamente o funcionamento de uma estratégia de saúde da família, com suas dificuldades e também seus méritos na atenção aos usuários. Aprendi desde estrutura física da unidade de saúde até clínica médica com as apostilas, os testes de qualificação cognitiva e os casos clínicos disponibilizados pelo curso. É de suma importância para todos os profissionais da saúde a obtenção desse conhecimento, já que a atenção primária é a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. A partir dessas considerações, creio ser importante destacar que graças ao Programa de Valorização da Atenção Básica, conjuntamente a pós-graduação realizada, compreendi que ser médico de família e comunidade era o que gostaria para meu

futuro profissional, pois a experiência prática aliada a base teórica consolidou em mim essa certeza.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012

2. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica - Hipertensão Arterial Sistêmica (2013)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

3. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica - Diabetes Mellitus (2013)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

4. DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

5. PICON, R. V. et al. **Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis**. Am. J. Hypertens., [S.l.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013. Doi: 10.1093/ ajh/hps076. Epub 2013 Jan 29.

6. PICON, R. V. et al. **Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis**. PLoS ONE, [S.l.], v. 7, n. 10, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0048255.

7. SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

8. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Revista de hipertensão e diabetes**

(2001)/Brasil. Ministério da Saúde.

9.SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

Anexos



Anexo A – Ficha-Espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____

Nome completo:_____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo B – Planilha de Coleta de Dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3																			
	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente precisa tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertenso ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?		
1	Indicadores para Coleta de dados																		
2	Quantidade de pacientes cadastrados																		
3	Indicador																		
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			

PRONTO

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Indicadores

59%

Anexo C – Documento do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	